

WZÓR

.....

(pieczęć apteki lub nazwa i adres

oraz nr zezwolenia na prowadzenie apteki)

.....

(data sporządzenia)

Protokół nr
przekazania produktu leczniczego - wyrobu medycznego*
do utylizacji

Lp.	Nazwa produktu leczniczego - wyrobu medycznego*	Ilość	Nr serii	Termin ważności	Nr faktury stanowiącej dowód zakupu	Data wystawienia faktury stanowiącej dowód zakupu
1	2	3	4	5	6	7

.....

(podpis kierownika apteki (podpis osoby upoważnionej przez

lub osoby przez niego wojewódzkiego inspektora

upoważnionej) farmaceutycznego

(dotyczy wyłącznie przypadku

przekazania do utylizacji

środków odurzających

grup I-N, II-N, III-N i IV-N,

substancji psychotropowych

grup I-P, II-P, III-P

i IV-P lub prekursorów

grupy I-R))

.....

(data i podpis przedstawiciela przedsiębiorcy

przyjmującego produkt leczniczy - wyrób

medyczny* do utylizacji)

* Niepotrzebne skreślić.